Prof. Bernhard Schüssler
Neue Frauenklinik
Kantonsspital
Luzern

Iatrogene Komplikationen bei intensivpflichtigen Neugeborenen

PD Dr. T. Berger

Chefarzt Pädiatrische Intensivstation
Kantonsspital Luzern

Zur Inzidenz iatrogener Komplikationen bei intensivpflichtigen Neugeborenen

Kürzlich wurde aus einem Pränatalzentrum in Frankreich berichtet, dass während einer achtmonatigen Beobachtungszeit von 267 aufgezeichneten „Adverse Events“ fast ein Drittel (116) alleine durch die medizinischen Behandlungen selbst und nicht auf die zugrunde liegende Erkrankung verursacht waren. Hautverletzungen z. B. durch intravenösen Zugang waren sehr häufig (94/267) aber in der Regel unerheblich. Iatrogene Infektionen waren ebenfalls häufig (62/267) und häufig von erheblicher Bedeutung. 38 vaskuläre Ereignisse wurden aufgezeichnet ebenso wie 26 respiratorische Ereignisse einschliesslich der ungeplanten Extubation. In 9 von 19 Medikamentenverabreichungsfehlern war die applizierte Dosis entweder zehnmal zu hoch oder zu gering, zumeist aufgrund eines fehlprogrammierten Pumpensystems. Insgesamt handelt es sich bei 29 % um medizinisch relevante Ereignisse. Ein Drittel aller Ereignisse wären vermeidbar gewesen. Sehr früh geborene und sehr kleine Kinder, also diejenigen die am empfindlichsten sind, hatten das höchste Risiko. Die Odds Ratio für Neugeborene unter 28 Wochen für ein solches Problem war 24.1 (95 % CI 10.0-57.6). (Lancet 2008; 371:404–410).

Frage an PD Dr. T. Berger, Chefarzt Pädiatrische Intensivstation, Kantonsspital Luzern:
„Nicht nur für die Eltern, sondern auch für den Geburtshelfer, welcher seine Neugeborenen den Neonatologen anvertraut, sind solche Zahlen auf den ersten Blick erschreckend. Muss man nun davon ausgehen, dass dies in Luzern bzw. in der Schweiz vergleichbar ist?“

Die Studie von Ligi und Mitarbeitern zeigt, dass in der von ihnen untersuchten Neugeborenen-Intensivstation iatrogene Ereignisse häufig sind (25.6/1000 Pflegetage). Zudem wurde jedes dritte erfasste Ereignis als schwerwiegend klassifiziert. Zunächst ist man versucht, diese Resultate kopfschüttelnd in Frage zu stellen oder zumindest zu hoffen, dass sie Verhältnisse beschreiben, die auf unseren Intensivstationen nicht anzutreffen sind. Genau so wurde 1999 der „Institute of Medicine (IOM) Report: To Err Is Human“ kritisiert. Aber, wie kommentierte der Harvard Professor und Mitautor des IOM Reports Lucian Leape diese emotionalen Reaktionen: „What is a scientific and plausible attitude: negate other‘s scientific cognitions and argue that we are better than all or reflect, that we may have a similar problem and take other‘s findings serious?“

Auf der neonatologischen und pädiatrischen Intensivstation des Kinderspitals Luzern besteht seit 8 Jahren ein

Critical Incident Reporting System (CIRS). Ähnlich wie in der Studie von Ligi et al. wird ein Critical Incident definiert als unerwartetes, unbeabsichtigtes Ereignis, das die Sicherheit des Patienten beeinträchtigt hat oder hätte, wäre es nicht rechtzeitig entdeckt worden. Unser Erfassungssystem ist prospektiv, nicht strafend, freiwillig und anonym. Ziel dieses Instrumentes ist, Systemfehler zu erfassen und durch Einführen geeigneter Massnahmen die Patientensicherheit zu erhöhen. Dabei können auch vermeintlich banale Fehler potentiell relevant sein (sog. „low threshold CIRS“). Im Jahre 2007 wurden 214 Meldungen analysiert (68/1000 Pflegetage), wobei lediglich 5 % dieser Ereignisse (3.4/1000 Pflegetage) als potentiell schwerwiegend eingestuft wurden.

Sind die Neugeboren in Marseille (25.6 Ereignisse/1000 Pflegetage) besser aufgehoben als in Luzern (68 Ereignisse/1000 Pflegetage)? Oder ist die Gefährdung der Neugeborenen in Marseille (29 % schwerwiegende Ereignisse) viel grösser als in Luzern (5 % schwerwiegende Ereignisse)? Es gibt viele Gründe, weshalb diese Fragen nicht schlüssig beantwortet werden können und es geht eben auch gar nicht darum, eine Rangliste zu erstellen. Viel beachtenswerter ist die Tatsache, dass in beiden Institutionen realisiert wurde, dass auf einer neonatologischen Intensivstation unter komplexen Arbeitsbedingungen Fehler passieren können und, um Lucian Leape ein weiteres mal zu zitieren: „It’s not bad people; it’s bad systems.“ Aufgrund dieser Einsichten haben sich beide Institutionen dazu verpflichtet, durch die prospektive Analyse von Critical Incidences Systemfehler zu identifizieren und zu korrgieren. Sie haben sich damit auf den Weg gemacht, die Sicherheit der ihnen anvertrauten Patienten zu verbessern.